

**GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA
KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN
SPIRITUAL**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh
CAHYO YUWONO
NIM 22020111130057

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, AGUSTUS 2015**

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Cahyo Yuwono
NIM : 22020111130057
Fakultas/ Jurusan : Fakultas Kedokteran/ Ilmu Keperawatan Universitas
Diponegoro Semarang
Jenis : Skripsi
Judul : Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang
Perawatan Spiritual

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui sepenuhnya untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas penulisan karya ilmiah saya demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, mendistribusikannya serta menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan serta bermanfaat sebagaimana mestinya.

Semarang, Agustus 2015

Yang Menyatakan



Cahyo Yuwono

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Cahyo Yuwono
Tempat/Tanggal lahir : Sragen, 16 Juni 1994
Alamat Rumah : Jatisumo RT 18/02, Sambungmacan, Sragen
HP : 085642429939
Email : yuwono.cahyo@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan” bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh dari penelitian dan karya ilmiah ini dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, Agustus 2015

Yang membuat pernyataan,



Cahyo Yuwono

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa Laporan Skripsi

Keperawatan yang berjudul :

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Cahyo Yuwono

NIM : 22020111130057

Telah disetujui untuk dapat dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Pembimbing,



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc.

NIP. 19821231 200812 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Laporan Skripsi

Keperawatan yang berjudul :

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

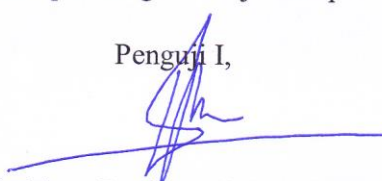
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Cahyo Yuwono

NIM : 22020111130057

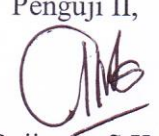
Telah diuji pada tanggal Agustus 2015 dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk mendapatkan gelar sarjana keperawatan

Penguji I,



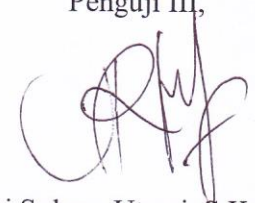
Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN.
NIP. 19830412 201404 2 001

Penguji II,



Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep. M.Kep.
NIK. 201310222054

Penguji III,



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., MSc.
NIP. 19821231 200812 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang tidak terhingga kepada penulis dalam menyusun dan menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul **“Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang Perawatan Spiritual”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana strata satu pada Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari banyak pihak maka skripsi ini tidak mungkin dapat diselesaikan seperti sekarang ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
2. Sarah Ulliya, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
3. Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., MSc. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan ilmu, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini
4. Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN dan Ns. Ahmat Pujiyanto, S.Kep, M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam perbaikan penelitian ini.
5. Asih Nurakhir, S.Pd. dan Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB. yang telah membantu dalam proses alih bahasa.

6. Orangtua saya tercinta Bapak Sudar,SP. dan Ibu Suparsini,SE., adik saya Nur Widyasanti, Paman, Bulik, Simbah dan adik- adik sepupu saya yang tidak pernah lelah mendukung dan menyemangati saya.
7. Sahabat 4 sekawan Latif, Rakhmatika I., dan Rinda D.O., yang selama ini telah menjadi tempat berbagi cerita bagi penulis dan juga sebagai keluarga yang selalu mendukung penulis dalam berbagai hal.
8. Nurilla Ramadhani yang banyak memberi masukan dan bantuan dalam penelitian ini
9. Teman – teman A11.1 “BRANDIC” yang telah berjuang bersama sejak masa – masa ospek hingga saat ini, memberikan bantuan yang tidak ternilai harga dan jumlahnya, bersama dalam suka dan duka.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu yang telah membantu penulis dalam melewati kehidupan dan menyelesaikan tugas akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih perlu untuk disempurnakan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian ini. Harapan peneliti, semoga proposal penelitian ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya ilmu keperawatan.

Semarang, Agustus 2015



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Teori	9
1. Perawatan Spiritual	9
a. Spiritualitas	9
1) Definisi	9
2) Karakteristik	10
3) Aspek Spiritual	13
4) Dimensi Spiritual.....	13
5) Faktor yang Mempengaruhi Spiritual.....	14
6) Tahap Perkembangan Spiritual.....	17
7) Sumber Spiritual dan Agama.....	23
8) Perubahan fungsi spiritual	26

b. Perawatan Spiritual	30
1) Definisi	30
2) Karakteristik Perawatan Spiritual	31
3) Kelengkapan perawatan spiritual	32
4) Nilai perawatan spiritual	34
5) Sikap perawatan spiritual	34
6) Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Spiritual	36
2. Persepsi	37
a. Definisi	37
b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi	37
c. Proses Persepsi	38
3. Penelitian Terkait	39
B. Kerangka Teori	41
BAB III METODE PENELITIAN	42
A. Kerangka Konsep	42
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	42
C. Populasi Penelitian	43
D. Sampel Penelitian	44
E. Tempat dan Waktu Penelitian	46
F. Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	47
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	49
1. Instrumen	49
2. Validitas	50
3. Reliabilitas	53
4. Cara Pengumpulan Data	55
H. Pengolahan dan Analisis Data	56
I. Etika Penelitian	59
BAB IV HASIL PENELITIAN	63
A. Karakteristik Responden	64
1. Jenis Kelamin	64
2. Suku	64

3. Agama	65
B. Gambaran Persepsi Mahasiswa Tentang Perawatan Spiritual.....	66
1. Atribut Perawatan Spiritual.....	67
2. Sudut Pandang Perawatan Spiritual	68
3. Definisi Perawatan Spiritual	69
4. Sikap Perawatan Spiritual	69
5. Nilai Perawatan Spiritual	71
BAB V PEMBAHASAN	72
A. Gambaran Karakteristik Responden	72
1. Jenis Kelamin.....	72
2. Agama	73
3. Suku	74
B. Gambaran Persepsi Mahasiswa Tentang Perawatan Spiritual.....	75
1. Atribut Perawatan Spiritual.....	77
2. Sudut Pandang Perawatan Spiritual	78
3. Definisi Perawatan Spiritual	79
4. Sikap Perawatan Spiritual	81
5. Nilai Perawatan Spiritual	82
C. Keterbatasan Penelitian	84
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran	85
1. Mahasiswa.....	85
2. Institusi Pendidikan.....	86
3. Penelitian Selanjutnya.....	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Ekspresi Kebutuhan Spiritual	27
2	Variabel dan Definisi Operasional Penelitian	48
3	Distribusi Pertanyaan	51
4	Nilai Reliabilitas	56
5	Coding	58
6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	65
7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku	65
8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama	66
9	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Tentang Perawatan	67
10	Persepsi Mahasiswa Tentang Dimensi Perawatan Spiritual	67
11	Persepsi Mahasiswa Tentang Pernyataan tentang Atribut Perawatan Spiritual	68
12	Persepsi Mahasiswa Tentang Pernyataan tentang Sudut Pandang Perawatan Spiritual	70
13	Persepsi Mahasiswa Tentang Pernyataan tentang Definisi Perawatan Spiritual	71
14	Persepsi Mahasiswa Tentang Pernyataan tentang Sikap Perawatan Spiritual	73
15	Persepsi Mahasiswa Tentang Pernyataan tentang Nilai Perawatan Spiritual	74

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.	Kerangka Teori	41
2.	Kerangka Konsep	42

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Permohonan Ethical Clearance
2	Surat Ethical Clearance
3	Surat Permohonan Alih Bahasa
4	Surat Permohonan Uji Expert
5	Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas
6	Surat Izin Uji Validitas dan Reliabilitas
7	Surat Permohonan Penelitian
8	Surat Izin Penelitian
9	Surat Perijinan Kuesioner
10	Hasil Uji Expert
11	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
12	Lembar Kuesioner Penelitian
13	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
14	Hasil Uji Normalitas
15	Hasil Penelitian
16	Lembar Konsultasi

ABSTRAK

Cahyo Yuwono

Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang Perawatan Spiritual

xv hal+86 hal+2 gambar+15 tabel+16 lampiran

Praktek pemenuhan kebutuhan spiritual pasien saat ini masih belum optimal diberikan karena masih terdapat banyak hambatan yang ditemui, seperti kurangnya kompetensi dan pengetahuan perawat tentang perawatan spiritual serta kurikulum pendidikan keperawatan yang masih kurang memperhatikan masalah spiritual. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan survei. Jumlah sampel sebanyak 166 mahasiswa keperawatan yang diambil dengan teknik *consecutive sampling*. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner *Spiritual Care Giving Scale (SCGS)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden (53%) memiliki persepsi yang kurang baik tentang perawatan spiritual. Sikap perawatan spiritual memiliki nilai mean yang paling rendah ($5,05 \pm 0,81$) diikuti oleh definisi perawatan spiritual ($5,06 \pm 0,80$), atribut perawatan spiritual ($5,10 \pm 0,70$), nilai perawatan spiritual ($5,12 \pm 0,76$), dan sudut pandang perawatan spiritual ($5,21 \pm 0,75$). Responden menyadari bahwa spiritual penting bagi pasien, namun budaya dirumah sakit masih menjadi penghalang bagi mahasiswa dalam memberikan perawatan spiritual. Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa memiliki persepsi yang kurang baik terhadap perawatan spiritual, sehingga saran yang dapat direkomendasikan adalah perlunya institusi pendidikan memperkenalkan konsep dari perawatan spiritual secara terintegrasi. Selain itu perlu adanya dukungan dari tenaga profesional untuk mendemonstrasikan dan menjadikan perawatan spiritual sebagai salah satu konsep penting di dalam kurikulum keperawatan.

Kata Kunci : Persepsi, Perawatan spiritual, Mahasiswa Keperawatan

ABSTRACT

Cahyo Yuwono

Student nurses' perception of spiritual care

xv instances+86 pages+2 pictures+15 tables+16 appendixes

The practice of spiritual care in patient is not provided optimally because there are still many barriers, such as nurses lack of competence and knowledge about spiritual care and also the nursing institution education that do not pay attention about the importance of spiritual education in nursing curriculum. The purpose of this research is to describe nursing student perception about spiritual care. Design of this research was descriptive quantitative survey. The number of sample was 166 nursing students using consecutive sampling. Data was collected using Spiritual Care Giving Scale (SCGS) questionnaires. The result showed that most respondent (53%) had low perception about spiritual care. Their perception about spiritual care attitude was the lowest ($5,05 \pm 0,81$) followed by defining spiritual care ($5,06 \pm 0,80$), attributes for spiritual care ($5,10 \pm 0,70$), spiritual care value ($5,12 \pm 0,76$), and spirituality perspectives ($5,21 \pm 0,75$). Respondents were fully aware that the spiritual care was very important for the patients, but the hospital culture still stood up as an obstacle for the nursing students in providing spiritual care for the patients. The conclusion of this research indicate that most of nursing students have low perception about spiritual care, the study recommends the importance of nursing institution education to introduce the concept of spiritual care. Also, it needs support from professionals to demonstrate and make spiritual care as one of the important concepts in the nursing curriculum.

Keywords: Perception, Spiritual care, Nursing Students

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan di dunia saat ini berusaha untuk menerapkan konsep holistik, yaitu pelayanan yang memandang manusia sebagai satu kesatuan yang utuh meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual.(1–5) Aspek spiritual sendiri merupakan salah satu aspek penting dalam dunia keperawatan. Hal ini telah dibuktikan oleh Oswald(6) yang dalam penelitiannya menemukan bahwa dengan terpenuhinya kebutuhan spiritual pasien, akan dapat membantu mereka beradaptasi dan melakukan koping terhadap sakit yang dideritanya. Selain itu, ditemukan juga fakta dimana dimensi spiritual dapat mengharmonisasi individu dengan alam, mendorong kerjakeras dan membantu individu mampu menghadapi keadaan stres emosional, penyakit fisik, dan bahkan kematian.(6)

Penanganan pasien secara holistik terutama penanganan aspek spiritual saat ini masih sangat minim dilakukan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Yang(7) di China pada tahun 2006, dimana 90% perawat menyerahkan urusan perawatan spiritual kepada pendamping spiritual dan meminta mereka untuk mengisikan kolom *spiritual care* yang ada di lembar asuhan keperawatan. Cara menangani pasien yang seperti ini menimbulkan ketidakpuasan pasien sehingga membuat tenaga kesehatan mulai menyadari tentang pentingnya identifikasi (*assessment*) kebutuhan

spiritual klien, perumusan diagnosa keperawatan terkait kebutuhan spiritual, melakukan pendampingan, dukungan praktik keagamaan, rujukan konseling spiritual, melakukan intervensi dan evaluasi terhadap kebutuhan spiritual klien.(8,9)

Dukungan perawat dalam aspek spiritual sangat diperlukan oleh pasien melihat beragamnya ekspresi spiritual pasien terhadap penyakit yang di deritanya, mulai dari kondisi pasrah dan menerima, sampai dengan mengutuk Tuhannya yang telah memberikan penyakit kepadanya.(2,10) Pada penelitian yang telah dilakukan oleh McBrien(11) dan Ellis(12) didapatkan hasil bahwa kompetensi perawat masih kurang untuk bisa memberikan keperawatan spiritual karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan spiritual dan kurangnya persiapan yang dilakukan oleh perawat sehingga mereka cenderung menghindari masalah spiritual ketika merawat pasien.

Saat seorang manusia mengalami krisis dalam dirinya sendiri, termasuk saat dirawat di rumah sakit karena sakit yang parah, sering membuat dirinya berpikir untuk apa dirinya hidup dan tentang kematian yang bisa datang kapan saja. Dalam kondisi seperti ini, perawat memiliki peran yang penting untuk memberikan penjelasan dan penguatan pada pasien, namun perawat cenderung mengalihkan masalah seperti ini kepada pemuka agama seperti seorang ustadz, kyai, dan pendeta daripada harus melakukan perawatan spiritualitas secara mandiri.(8,12)

Salah satu penelitian di tahun 2014 yang dilakukan oleh Rosita(13) menemukan bahwa tingkat kompetensi perawat di Indonesia dalam

pemenuhan kebutuhan spiritual masih cukup rendah, yaitu sebesar 57,5%. Rendahnya kompetensi yang dimiliki menyebabkan perawat cenderung ragu untuk memberikan perawatan spiritual sehingga pada akhirnya perawat akan mengabaikan aspek spiritual ini. Hal ini disebabkan kurangnya pemahaman konsep keperawatan spiritual oleh perawat.⁸ Rankin dan DeLashmutt(14) dalam penelitiannya menemukan bahwa banyak perawat mengakui belum memahami secara jelas dan mengalami kebingungan antara konsep spiritualitas dan religius. Pada penelitian lain, Rieg, Mason dan Preston¹⁵ menemukan banyak perawat yang mengakui bahwa mereka tidak dapat memberikan asuhan spiritual secara kompeten karena selama masa pendidikannya mereka kurang mendapatkan panduan tentang bagaimana memberikan asuhan spiritual secara kompeten.

Dalam sebuah penelitian ditemukan adanya peningkatan pengakuan tentang pentingnya perawatan spiritual dalam kurun waktu 30 tahun terakhir, namun peningkatan pengakuan ini tidak diimbangi dengan pengawasan tentang bagaimana perawatan spiritual yang telah diajarkan di institusi, bagaimana pemahaman dan bagaimana penerapan keperawatan spiritual oleh mahasiswa keperawatan.^{16,17}

Mahasiswa keperawatan merupakan penerus profesi perawat di masa depan sehingga perlu diberikan bekal yang mumpuni, baik itu pengetahuan maupun skill, untuk mendukung perkembangan dunia keperawatan dimasa depan. Pada sebagian besar penelitian yang telah dilakukan, jarang ada penelitian tentang masalah yang dihadapi oleh mahasiswa keperawatan dalam

memberikan keperawatan spiritual. Penelitian pada mahasiswa cenderung hanya berfokus pada masalah pendidikan semata, sedangkan penelitian tentang pemahaman dan pengalaman mahasiswa keperawatan tentang pemberian keperawatan spiritual sangat jarang dilakukan.¹⁸ Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Tiew di tahun 2013 menyatakan bahwa mahasiswa keperawatan cenderung hanya bergantung pada pengalaman pribadi mereka sendiri tentang bagaimana harus memberikan keperawatan spiritual kepada pasien sehingga mereka memiliki pemahaman yang berbeda-beda tentang keperawatan spiritual.¹⁶ Selain itu, karena pengaruh modernisasi, generasi perawat saat ini cenderung memiliki cara pandang, kebudayaan, dan kepercayaan yang berbeda tentang perawatan spiritual jika dibandingkan dengan generasi sebelumnya.¹⁹

Beragamnya pengertian perawatan spiritual membuat sebagian besar institusi pendidikan kurang percaya diri dalam memberikan pendidikan tentang perawatan spiritualitas sehingga membuat materi perawatan spiritual tidak diikuti sertakan dalam kurikulum pembelajaran mahasiswa kesehatan.^{20,21} Pada dua penelitian yang telah dilakukan oleh Cooper dan Timmins di tahun 2013 ditemukan bahwa hampir 75% universitas di Amerika Serikat tidak mengajarkan tentang keperawatan spiritual sehingga membuat mahasiswa kurang memahami pengertian dan makna perawatan spiritual.^{17,22} Di Indonesia sendiri perawatan spiritual masih belum diajarkan secara mandiri dan masih digabungkan ke beberapa mata kuliah lain. Berdasarkan panduan penyusunan kurikulum yang diterbitkan oleh AIPNI²³,

beban yang harus ditanggung oleh mahasiswa mengenai perawatan spiritual hanya ada 5 mata kuliah, yaitu agama, ilmu sosial budaya dasar, keperawatan dasar dan dasar keperawatan, rekreasi dan spiritual, dan stress coping dari total 31 mata kuliah yang wajib diambil.

Berdasarkan hasil wawancara dengan 20 mahasiswa semester 8 di PSIK FK UNDIP, 15 orang beranggapan bahwa spiritual adalah agama dan 5 lainnya beranggapan bahwa spiritual adalah masalah jiwa. Terkait pengalaman mahasiswa memberikan perawatan spiritual ketika praktek klinik di rumah sakit, 10 orang menjawab bahwa mereka hanya menyemangati pasien dan meminta pasien untuk terus bersabar dalam menghadapi penyakitnya, 8 orang menyemangati sekaligus mengajak beribadah sesuai agamanya masing-masing dan 2 mahasiswa mengatakan tidak melakukan perawatan spiritual karena sudah ada pendamping spiritual yang rutin memberikan bimbingan setiap 1 minggu sekali.

B. Rumusan Masalah

Saat ini kompetensi perawat dalam memberikan perawatan spiritual masih belum terlihat karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan spiritual dan kurangnya persiapan yang dilakukan oleh perawat sehingga mereka cenderung menghindari masalah spiritual ketika merawat pasien. Pada salah satu penelitian ditemukan bahwa kurangnya pemahaman mahasiswa tentang perawatan spiritual berkontribusi dalam rendahnya kompetensi perawat tersebut. Mahasiswa keperawatan cenderung hanya bergantung pada pengalaman pribadi mereka sendiri tentang bagaimana harus

memberikan keperawatan spiritual kepada pasien sehingga mereka memiliki pemahaman yang berbeda-beda tentang keperawatan spiritual. Selain itu, generasi perawat saat ini cenderung memiliki cara pandang, kebudayaan, dan kepercayaan yang berbedatentang perawatan spiritual jika dibandingkan dengan generasi sebelumnya. Fenomena tersebut menjadi dasar peneliti untuk melakukan penelitian tentang bagaimana gambaran persepsi mahasiswa keperawatan terhadap perawatan spiritual.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik responden
- b. Mengetahui persepsi mahasiswa tentang atribut perawatan spiritual
- c. Mengetahui persepsi mahasiswa tentang sudut pandang perawatan spiritual
- d. Mengetahui persepsi mahasiswa tentang definisi perawatan spiritual
- e. Mengetahui persepsi mahasiswa tentang sikap perawatan spiritual
- f. Mengetahui persepsi mahasiswa tentang nilai perawatan spiritual

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat menjadi gambaran persepsi mahasiswa mengenai keperawatan spiritual sehingga diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan kemampuannya terutama di bidang keperawatan spiritual.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk membuat kurikulum tentang keperawatan spiritual mengingat pentingnya keperawatan spiritual untuk bisa dipahami dan diaplikasikan.

3. Bagi Penelitian Berikutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data pendukung dalam penelitian berikutnya khususnya penelitian tentang keperawatan spiritual sebagai salah satu aspek penting dalam keperawatan holistik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan teori dalam bab ini terdiri dari beberapa rangkuman teori dari berbagai buku dan jurnal, disertai dengan kritik dan evaluasi pada jurnal-jurnal ilmiah yang relevan dengan penelitian ini. Metode pencarian literatur dilakukan melalui dua cara, yaitu dengan mengumpulkan buku-buku terkait secara langsung bersumber dari perpustakaan dan mencari bahan melalui *search engine* dengan menggunakan kata kunci, antara lain: spiritualitas, faktor yang mempengaruhi spiritualitas, karakteristik spiritualitas, *Spiritual Care Giving Scale* (SCGS), spiritual, kegiatan atau sumber spiritual, perawatan spiritual, karakteristik perawatan spiritual, faktor yang mempengaruhi perawatan spiritual, persepsi, faktor yang mempengaruhi persepsi, dan mahasiswa keperawatan. Hasil pencarian literatur diperoleh kurang lebih 30 bahan literatur, kemudian dilakukan seleksi berdasarkan judul literatur. Hasil seleksi ini menyisakan literatur sejumlah kurang lebih 27 buah. Kemudian dilakukan seleksi kedua yaitu menyeleksi isi literatur. Berdasarkan hasil seleksi terakhir ini diperoleh bahan literatur sejumlah 24 dengan rincian 20 buku dan 4 jurnal ilmiah. Literatur tersebut yang kemudian digunakan sebagai acuan penyusunan tinjauan teori dalam bab ini. Tinjauan teori ini memuat rangkuman dengan sub judul yaitu: teori spiritualitas, teori perawatan spiritual, persepsi, mahasiswa keperawatan, dan penelitian terkait persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual.

A. Tinjauan Teori

1. Perawatan Spiritual

a. Spiritualitas

1) Definisi

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta, sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa. Spiritualitas mengandung pengertian hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan instrumen (*medium*) ibadah, membaca kitab suci, mendengarkan musik religi. Dengan kata lain spiritualitas adalah kesadaran diri dan kesadaran individu tentang asal, tujuan dan nasib.²⁴

Menurut Isaacs²⁵, spiritual didefinisikan sebagai kekuatan yang menggerakkan, prinsip hidup, atau esensi yang menembus kehidupan dan diekspresikan dalam hubungan aneka segi dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan atau kekuatan hidup.

Doe & Walch²⁶ mengungkapkan bahwa spiritual adalah dasar bagi tumbuhnya harga diri, nilai-nilai, moral, dan rasa memiliki. Spiritual memberikan arah dan arti bagi kehidupan kita tentang kepercayaan mengenai adanya kekuatan non fisik yang lebih besar dari pada kekuatan diri kita yaitu suatu kesadaran yang menghubungkan kita langsung dengan Tuhan, atau apa pun yang

kita namakan sebagai sumber keberadaan kita. Spiritual juga berarti kejiwaan, rohani, batin, mental, moral.

Terdapat sedikit perbedaan antara spiritual dan religiusitas, dimana religiusitas merupakan konsep keagamaan yang menyebabkan manusia bersikap religius. Religius merupakan bagian dari kebudayaan dan sistem dari suatu agama yang satu dengan yang lain memiliki sistem religi yang berbeda. Religius merupakan wujud seseorang berdoa untuk yakin dan percaya pada Tuhan sehingga keadaan emosi menjadi tenang dan damai.²⁷

2) Karakteristik

Perawat perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi atau mengenal karakteristik spiritualitas. Hal ini bertujuan untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan dengan memerhatikan kebutuhan spiritual penerima pelayanan keperawatan.¹⁰

Karakter spiritualitas yang wajib dipahami oleh perawat antara lain^{10,28} :

- a) Hubungan dengan diri sendiri, kekuatan dalam dan *self reliance*

Merupakan kekuatan dari dalam diri seseorang yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan

pada diri-sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri-sendiri.

Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan, dan tujuan hidup yang semakin jelas.

b) Hubungan dengan alam yang harmonis

Harmonis disini merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam tersebut.

Selain itu, berkomunikasi dengan alam (berjalan kaki, bertanam), mengabdikan diri pada alam serta turut serta dalam upaya untuk melindungi alam juga termasuk salah satu bentuk keharmonisan hubungan dengan alam.

c) Hubungan dengan orang lain yang harmonis/ suportif

Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang yang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian. Sedangkan kondisi yang tidak harmonis

mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi.

Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan, dan lain sebagainya. Dengan demikian apabila seseorang mengalami kekurangan ataupun mengalami stres, maka orang lain dapat memberi bantuan psikologis dan sosial.

d) Hubungan dengan Ketuhanan.

Keadaan ini menyangkut sembahyang dan berdoa, keikutsertaan dalam kegiatan ibadah, perlengkapan keagamaan, serta bersatu dengan alam.

Kebutuhan spiritual seseorang terpenuhi apabila mampu merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan, mengembangkan arti penderitaan serta meyakini hikmah dari satu kejadian atau penderitaan, menjalin hubungan yang positif dan dinamis, membina integritas personal dan merasa diri berharga, merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.²⁹

3) Aspek Spiritual

Menurut Burkhardt^{10,29}, spiritualitas memiliki beberapa aspek yaitu :

- a) Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui sebelumnya atau ketidakpastian dalam kehidupan.
- b) Menemukan arti dan tujuan hidup.
- c) Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber daya dan kekuatan dalam diri sendiri.
- d) Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Tuhan Yang Maha Esa.

4) Dimensi Spiritual

Dimensi spiritual berfungsi untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, penyakit fisik, atau kematian. Dimensi spiritual juga dapat menumbuhkan kekuatan yang timbul diluar kekuatan manusia.²⁸

Spiritual sendiri memiliki beberapa dimensi, diantaranya³⁰ :

- a) Spiritualitas sebagai suatu yang multidimensi, yaitu:
 - Dimensi eksistensial: dalam hal ini spiritual berfokus pada tujuan dan arti kehidupan
 - Dimensi agama: spiritual lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Esa.

b) Spiritualitas sebagai konsep dua dimensi yaitu:

- Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan yang selalu menuntun kehidupan seseorang
- Dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, dengan orang lain dan dengan lingkungan.

5) Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Menurut Taylor dkk dan Craven yang telah dikutip oleh Hamid di dalam bukunya^{10,29}, faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah:

a) Tahap perkembangan

Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berfikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan yang Maha Kuasa.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak - anak dengan empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi tentang Tuhan dan sembahyang yang berbeda menurut usia, seks, agama, dan kepribadian anak.

b) Keluarga

Tidak begitu banyak yang diajarkan keluarga tentang Tuhan dan agama, tapi individu belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari tingkah laku keluarganya. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan

dunia pertama dimana individu mempunyai pandangan, pengalaman terhadap dunia yang diwarnai oleh pengalaman dengan keluarganya.

c) Latar belakang suku, etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang suku, etnik dan sosial budaya. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan. Namun, perlu diperhatikan bahwa apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual adalah hal unik bagi tiap individu.

d) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup, baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya, juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

e) Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pada klien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

f) Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukung sosial. Klien yang dirawat merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan merasa tidak aman. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah antara lain: tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang biasa memberi dukungan setiap saat diinginkan. Terpisahkan klien dari ikatan spiritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

g) Isu Moral Terkait Dengan Terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik seringkali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya: sirkumsisi, transplantasi organ, pencegahan kehamilan, dan sterilisasi. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dengan tenaga kesehatan.

h) Asuhan Keperawatan Yang Kurang Sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberikan asuhan spiritual. Alasan tersebut antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama.

6) Tahap Perkembangan Spiritual

Perawat yang bekerja di garis terdepan harus mampu memenuhi semua kebutuhan manusia termasuk juga kebutuhan

spiritual klien. Berbagai cara dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien mulai dari pemenuhan makna dan tujuan spiritual sampai dengan memfasilitasi klien untuk mengekspresikan agama dan keyakinannya.

Perawat harus mengetahui tahap perkembangan spiritual dari manusia, sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan tepat dalam rangka memenuhi kebutuhan spiritual klien. Tahap perkembangan klien dimulai dari lahir sampai klien meninggal dunia. Perkembangan spiritual manusia dapat dilihat dari tahap perkembangan mulai dari bayi, anak-anak, pra sekolah, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa pertengahan, dewasa akhir, dan lanjut usia. Secara umum tanpa memandang aspek tumbuh-kembang manusia proses perkembangan aspek spiritual dilihat dari kemampuan kognitifnya dimulai dari pengenalan, internalisasi, peniruan, aplikasi dan dilanjutkan dengan instropeksi.³¹

Tahap perkembangan spiritual individu menurut Hamid^{10,29} adalah sebagai berikut:

a) Bayi dan Toddler (0 – 2 tahun)

Perkembangan spiritual bayi merupakan dasar untuk perkembangan spiritual selanjutnya. Bayi memang belum memiliki moral untuk mengenal arti spiritual, belum memiliki rasa salah dan benar, serta belum memiliki keyakinan spiritual.

Keluarga yang spiritualnya baik merupakan sumber dari terbentuknya perkembangan spiritual yang baik pada bayi. Oleh karena itu, perawat dapat menjalin kerjasama dengan orang tua bayi tersebut untuk membantu pembentukan nilai-nilai spiritual pada bayi.

b) Prasekolah

Anak sudah mengalami peningkatan kemampuan kognitif pada tahap perkembangan ini. Anak dapat belajar membandingkan hal yang baik dan buruk untuk melanjutkan peran kemandirian yang lebih besar. Tahap perkembangan ini memperlihatkan bahwa anak-anak mulai berlatih untuk berpendapat dan menghormati acara-acara ritual dimana mereka merasa tinggal dengan aman. Observasi kehidupan spiritual anak dapat dimulai dari kebiasaan yang sederhana seperti cara berdoa sebelum tidur dan berdoa sebelum makan, atau cara anak memberi salam dalam kehidupan sehari-hari. Anak akan lebih merasa senang jika menerima pengalaman-pengalaman baru, termasuk pengalaman spiritual.

Pada tahap perkembangan lebih lanjut, anak mulai memahami kebutuhan sosial, norma, dan harapan, serta berusaha menyesuaikan dengan norma keluarga. Anak tidak hanya membandingkan sesuatu benar atau salah, tetapi membandingkan norma yang dimiliki keluarganya dengan

norma keluarga lain. Kebutuhan anak pada masa pra sekolah adalah mengetahui filosofi yang mendasar tentang isu-isu spiritual. Kebutuhan spiritual ini harus diperhatikan karena anak sudah mulai berfikir konkret. Mereka kadang sulit menerima penjelasan mengenai Tuhan yang abstrak, bahkan mereka masih kesulitan membedakan Tuhan dan orang tuanya

c) Usia Sekolah

Usia sekolah merupakan masa yang paling banyak mengalami peningkatan kualitas kognitif pada anak. Anak usia sekolah (6-12 tahun) berfikir secara konkret, tetapi mereka sudah dapat menggunakan konsep abstrak untuk memahami gambaran dan makna spiritual dan agama mereka. Minat anak sudah mulai ditunjukkan dalam sebuah ide, dan anak dapat diajak berdiskusi dan menjelaskan apakah keyakinan. Orang tua dapat mengevaluasi pemikiran sang anak terhadap dimensi spiritual mereka

d) Remaja

Tahap perkembangan ini ditandai dengan individu yang sudah mengerti akan arti dan tujuan hidup, menggunakan pengetahuan misalnya untuk mengambil keputusan saat ini dan yang akan datang. Kepercayaan berkembang dengan mencoba dalam hidup. Remaja menguji nilai dan kepercayaan orang tua mereka dan dapat menolak atau menerimanya. Secara alami,

mereka dapat bingung ketika menemukan perilaku dan role model yang tidak konsisten.

Remaja pada umumnya memiliki tingkat kepercayaan pada kelompok lebih tinggi daripada kepercayaan pada keluarga, namun keyakinan yang diambil dari orang lain biasanya tetap yang mirip dengan kebiasaan keluarga. Bagi orang tua ini merupakan tahap paling sulit karena orang tua harus mulai melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja pada tahap perkembangan ini.

e) Dewasa

Dewasa muda (18-25 tahun). Pada tahap ini individu menjalani proses perkembangannya dengan melanjutkan pencarian identitas spiritual, memikirkan untuk memilih nilai dan kepercayaan mereka yang dipelajari saat kanak-kanak dan berusaha melaksanakan sistem kepercayaan mereka sendiri. Spiritual bukan merupakan perhatian utama pada usia ini, mereka lebih banyak memudahkan hidup walaupun mereka tidak memungkiri bahwa mereka sudah dewasa.

Dewasa pertengahan (25-38 tahun). Dewasa pertengahan merupakan tahap perkembangan spiritual yang sudah benar-benar mengetahui konsep yang benar dan yang salah, mereka menggunakan keyakinan moral, agama dan etik sebagai dasar

dari sistem nilai. Mereka sudah merencanakan kehidupan, mengevaluasi apa yang sudah dikerjakan terhadap kepercayaan dan nilai spiritual.

Dewasa akhir (38-65 tahun). Periode perkembangan spiritual pada tahap ini digunakan untuk introspeksi dan mengkaji kembali dimensi spiritual, kemampuan intraspeksi ini sama baik dengan dimensi yang lain dari diri individu tersebut. Biasanya kebanyakan pada tahap ini kebutuhan ritual spiritual meningkat

f) Lansia

Kelompok lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Riset membuktikan orang yang agamanya baik, mempunyai kemungkinan melanjutkan kehidupan lebih baik. Bagi lansia yang agamanya tidak baik menunjukkan tujuan hidup yang kurang, rasa tidak berharga, tidak dicintai, ketidakbebasan dan rasa takut mati. Sedangkan pada lansia yang spiritualnya baik ia tidak takut mati dan dapat lebih mampu untuk menerima kehidupan.

Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif serta menghadapi kematian orang lain (saudara, sahabat) menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Pada masa ini walaupun membayangkan kematian, mereka banyak

menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik. Keyakinan spiritual yang terbangun dengan baik membantu lansia menghadapi kenyataan, berpartisipasi dalam hidup, merasa memiliki harga diri, dan menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari.

7) Sumber Spiritual dan Agama

Perawat harus mengenali beberapa sumber-sumber spiritual yang tersedia, terutama pelayanan pastoral, doa, kitab suci, ritual keagamaan, artikel kebaktian, relaksasi musik religi. Sumber-sumber tersebut harus dipahami dan dilakukan oleh perawat untuk memberikan perawatan spiritual kepada pasien dari berbagai tradisi keagamaan.¹⁰

a) Perawatan Pastoral

Perawatan pastoral menggambarkan intervensi yang dilakukan oleh pemuka agama dalam menanggapi respon spiritual atau kebutuhan spiritual orang lain. Kegiatan perawatan pastoral meliputi penguatan mental dan hubungan sosial yang dilakukan menggunakan percakapan informal dan formal sebagai ritual yang terstruktur. Perawatan pastoral sama seperti intervensi perawatan spiritual yang signifikan menyembuhkan bagian-bagian yang sakit.

b) Doa

Doa merupakan suatu permintaan atau permohonan untuk memperoleh hasil yang terbaik. Doa diartikan sebagai tindakan spiritual yang diperlukan untuk membawa seseorang dalam berhubungan dengan Tuhan. Doa yang dilakukan secara formal dan informal akan menjadi pusat penyembuhan orang sakit. Terkadang penyakit akut menjadi penghalang bagi pasien untuk melakukan doa sehingga doa perawat untuk dan dengan pasien dapat menjadi intervensi perawatan spiritual yang sangat penting. Doa yang pendek, pernyataan sederhana kepada Tuhan dari harapan pasien, ketakutan, kebutuhan, dan pengakuan pasien jika Tuhan akan memberikan kesembuhan merupakan doa yang bermanfaat untuk kesembuhan pasien.

c) Kitab Suci

Kitab suci atau firman Tuhan adalah materi tertulis yang dihormati dan panduan prinsip-prinsip untuk banyak tradisi keagamaan. Bagi masyarakat Yahudi, kitab suci Ibrani sebagaimana tercantum dalam Taurat merupakan kata dan hukum-hukum Allah untuk makhluk-Nya. Untuk seorang Kristen, buku lama dan perjanjian baru yang terkandung dalam Alkitab dihormati. Demikian pula bagi umat Islam bahwa kitab suci AlQur'an dapat sebagai penghibur bagi pasien yaitu prinsip waktu yang tepat dalam menggunakannya. Kitab suci

tampak sebagai penghibur seorang pasien yang marah atau tertekan atau mengalami rasa ketidaknyamanan seperti nyeri akut.

d) Ritual Agama

Ritual agama adalah perilaku yang mencerminkan dan menghormati keyakinan spiritual atau agama dari orang lain. Ritual agama dapat sebagai penyembuhan penyakit pasien. Dengan demikian, penggunaan atau dukungan untuk ritual agama menjadi bagian integral dari intervensi perawatan rohani yang diberikan perawat. Young dan Koospen³² telah mengidentifikasi pentingnya beberapa ritual keagamaan dalam kaitannya dengan kesehatan dan penyembuhan seperti doa, meditasi, visualisasi, pencitraan atau *guided imagery*, tari dan bercerita. Pasien Muslim memiliki teologi berupa lima rukun Islam, solat wajib lima waktu dalam sehari menghadap timur (Mekah). Perawat dapat mendukung kebutuhan ibadah atau doa harian pasien Muslim yaitu dengan memberikan sajadah menghadap ke kiblat dan meletakkannya pada tempat privasi dan tempat untuk berwudhu atau fasilitas untuk membasuh tangan dan wajah.

e) Artikel Renungan

Seorang Muslim dapat memilih membaca ayat-ayat dari AlQur'an atau berdzikir, melafalkan 99 nama Allah.

Sedangkan seorang pasien Kristen akan membaca kitab suci seperti Alkitab atau kitab Mormon, sering melakukan renungan kepada salib, patung, gambar kudus sebagai simbol atau memiliki makna Tuhan bagi mereka.

f) Terapi Musik Sakral

Musik adalah bagian dari semua budaya dan tradisi keagamaan terutama sebagai dimensi utama dari ibadah. Musik yang digunakan adalah musik yang mengekspresikan kedalaman perasaan jiwa seseorang atau musik sakral. Individu sering menggunakan musik untuk menghilangkan stress, dan terapi musik ini dapat digunakan sebagai salah satu metode penyembuhan.

8) Perubahan fungsi spiritual

Ketidakseimbangan yang disebabkan oleh gangguan pada keyakinan atau nilai dari sebuah sistem yang memberikan kekuatan, harapan dan arti dari kehidupan biasa disebut *Spiritual Distress*. Keadaan ini biasanya terjadi karena kehilangan sesuatu yang berharga dalam hidup, kebingungan terhadap makna dan tujuan hidup, kematian, terganggunya hubungan dengan diri sendiri dan orang lain, ataupun adanya konflik dengan kepercayaan dan praktik keagamaan. Tanda yang sering muncul pada *spiritual distress* adalah ketakutan, keraguan, mengalami depresi, dan putus asa.^{32,33}

Menurut Hamid¹⁰, terdapat beberapa perubahan perilaku pada individu yang mengalami masalah spiritual, yaitu:

a) Verbalisasi distress

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan memverbalisasikan atau mengekspresikan *distress* yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

b) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang mengalami distress spiritual. Tabel 2.1 dibawah ini menunjukkan ekspresi kebutuhan spiritual.

Tabel 2.1 Ekspresi Kebutuhan Spiritual²⁹

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
Rasa percaya	a. Rasa percaya terhadap diri sendiri dan kesabaran.	a. Merasa tidak nyaman dengan kesadaran diri.
	b. Menerima bahwa yang lain akan mampu memenuhi kebutuhan.	b. Mudah tertipu.
	c. Rasa percaya terhadap kehidupan walaupun terasa berat.	c. Ketidakmampuan untuk terbuka dengan orang lain.
	d. Keterbukaan terhadap Tuhan.	d. Merasa bahwa hanya orang tertentu dan tempat tertentu yang aman.
		e. Mengharapkan orang tidak berbuat baik dan tidak tergantung.
		f. Ingin kebutuhan dipenuhi segera, tidak dapat menunggu.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
		g. Tidak terbuka kepada Tuhan. h. Takut terhadap maksud Tuhan.
Kemampuan memberi maaf	a. Menerima diri sendiri dan orang lain dapat berbuat salah. b. Tidak mendakwa atau berprasangka buruk. c. Memandang penyakit sebagai sesuatu yang nyata. d. Memaafkan diri sendiri. e. Memaafkan orang lain. f. Menerima pengampunan Tuhan. g. Pandangan yang realistik terhadap masa lalu.	a. Merasa penyakit sebagai suatu hukuman. b. Merasa Tuhan sebagai penghukum. c. Merasa maaf hanya diberikan berdasarkan perilaku. d. Tidak menerima diri sendiri. e. Menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
Mencintai dan ketertarikan	a. Mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain atau Tuhan. b. Mampu menerima bantuan. c. Menerima diri sendiri. d. Mencari kebaikan dari orang lain.	a. Takut akan tergantung dengan orang lain. b. Menolak bekerja sama dengan tenaga kesehatan. c. Cemas berpisah dengan keluarga. d. Menolak diri sendiri serta angkuh dan mementingkan diri sendiri. e. Tidak mampu untuk mempercayai diri sendiri dicintai oleh Tuhan, tidak punya hubungan rasa cinta dengan Tuhan. f. Merasa tergantung dan hubungan bersifat magic dengan Tuhan. g. Merasa jauh dengan Tuhan.
Keyakinan	a. Ketergantungan dengan anugerah Tuhan. b. Termotivasi untuk tumbuh. c. Mengekspresikan	a. Mengekspresikan perasaan ambivalens terhadap Tuhan. b. Tidak percaya terhadap kekuasaan

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
	kepuasan dengan menjelaskan kehidupan setelah kematian.	Tuhan. c. Takut kematian. d. Merasa terisolasi dari kepercayaan masyarakat sekitar.
	d. Mengekspresikan kebutuhan untuk memasuki kehidupan dan atau memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.	e. Merasa pahit, frustrasi dan marah terhadap Tuhan. f. Nilai, keyakinan dan tujuan hidup yang tidak jelas.
	e. Mengekspresikan kebutuhan ritual.	g. Konflik nilai. h. Tidak mempunyai komitmen.
	f. Mengekspresikan kehidupan untuk merasa berbagi keyakinan.	
Kreatifitas dan harapan	a. Meminta informasi tentang kondisi. b. Membicarakan kondisinya secara realistis. c. Menggunakan waktu selama dirawat inap secara konstruktif. d. Mencari cara untuk mengekspresikan diri. e. Mencari kenyamanan batin daripada fisik. f. Mengekspresikan harapan tentang masa depan. g. Terbuka terhadap kemungkinan mendapatkan kedamaian	a. Mengekspresikan perasaan takut kehilangan kendali diri. b. Mengekspresikan kebosanan diri. c. Tidak mempunyai visi alternatif yang memungkinkan. d. Takut terhadap terapi. e. Putus asa. f. Tidak dapat menolong atau menerima diri sendiri. g. Tidak dapat menikmati apapun. h. Telah menunda pengambilan keputusan.
Arti dan tujuan	a. Mengekspresikan kepuasan hidup. b. Menjalani kehidupan sesuai dengan sistem nilai. c. Menggunakan penderitaan sebagai cara memahami diri.	a. Mengekspresikan tidak ada alasan bertahan hidup. b. Tidak dapat menerima arti penderitaan yang dialami. c. Mempertanyakan arti kehidupan.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
	d. Mengekspresikan arti kehidupan/ kematian.	d. Mempertanyakan tujuan penyakit.
	e. Mengekspresikan komitmen dan orientasi hidup.	e. Tidak dapat merumuskan tujuan dan tidak mencapai tujuan.
	f. Menjelaskan tentang apa yang penting	f. Telah menunda pengambilan keputusan yang penting.

b. Perawatan Spiritual

1) Definisi

Perawatan spiritual merupakan salah satu bidang keperawatan yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan spiritual dan agamis yang sering terganggu akibat penyakit.^{16,34}

Perawatan spiritual meliputi mempromosikan integritas individu, hubungan interpersonal, dan pencarian makna kehidupan. Hal ini melibatkan kemampuan dari penyedia pelayanan kesehatan, terutama perawat, untuk mengenali dan merespon berbagai macam aspek spiritual yang ditemui pada pasien dan keluarganya.^{32,35}

Para ahli berpendapat bahwa perawatan spiritual terdiri dari beberapa hal yang biasa disebut 5R, yaitu :

a) *Reason and Reflection*

Pasien pada kondisi tertentu kerap mencari makna dan tujuan dirinya hidup, sehingga diharapkan penyedia pelayanan kesehatan, terutama perawat, mampu

membantu pasien merefleksikan diri terhadap penderitaan yang dialaminya untuk menemukan tujuan dari hidupnya.

b) Religion

Agama memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang menyangkut kehidupan dan kematian. Perawat sebagai penyedia layanan kesehatan wajib menghargai dan menghormati berbagai bentuk kepercayaan pasien meskipun apa yang dilakukan oleh pasien bertentangan dengan keyakinannya.

c) Relationships

Hubungan antara orang lain, diri sendiri dan Tuhan adalah kunci dari spiritualitas. Hubungan yang baik ini dapat menjadi satu pendorong dalam proses penyembuhan penyakit yang sedang di derita.

d) Restoration

Aspek ini menyangkut kemampuan spiritual pasien untuk mempengaruhi kondisi fisiknya. Sebagai contoh, ketika pasien mengalami sakit yang parah, spiritualitas berperan penting karena membantu pasien menemukan makna dari sakit yang sedang dialaminya.

2) Karakteristik Perawatan Spiritual^{10,16,34}

- a) Perawatan spiritual berlandaskan rasa empati
- b) Selalu menegaskan nilai dari seseorang

- c) Selalu merespon terhadap kebutuhan religius maupun nonreligius
- d) Selalu memperhatikan kebutuhan manusia untuk memahami dan dipahami
- e) Mengakui martabat dan kemuliaan hidup setiap manusia
- f) Selalu menghargai setiap manusia seutuhnya

3) Kelengkapan perawatan spiritual

Keperawatan spiritual terdiri dari 4 hal penting, yaitu intuisi, interpersonal, altruistic, dan intergratif.^{16,34,36} Intuisi adalah atribut inti dari keperawatan spiritual karena spritualitas sendiri susah dipahami jika hanya menggunakan pendekatan logika dan pemikiran rasional. Intuisi dapat diartikan sebagai cara untuk mengetahui sesuatu tanpa menggunakan pemikirin logis dan analisis lebih lanjut.³⁶

Atribut kedua dari perawatan spritual adalah hubungan interpersonal yang membutuhkan keterlibatan pemberi pelayanan kesehatan secara terapeetik. Keinginan untuk melawan rasa takut dan kecemasan kita akan berhubungan dengan pasien terkadang menjadi kendala dilapangan karena tidak semudah teori sehingga perlu pembiasaan. Hubungan interpersonal harus difasilitasi dengan kemampuan komunikasi verbal maupun nonverbal yang baik, sikap yang hangat, saling menghargai, empati, dan saling mendengarkan. Hubungan dan komunikasi yang terbuka, tidak menghakimi, dan

saling mendengarkan adalah salah satu kunci suksesnya perawatan spiritual.³⁶

Atribut ketiga dari perawatan spiritual adalah mengutamakan kepentingan orang lain. Atribut ini biasanya dijelaskan dengan “perawat harus lebih mengutamakan kepentingan pasien daripada kepentingan dirinya sendiri”. Pada umumnya karakteristik dari perawat yang memfasilitasi perawatan spiritual adalah memiliki empati, suka membantu, *caring*, penuh kasih sayang dan perhatian. Namun salah satu kriteria yang penting yaitu mengutamakan kepentingan pasien sering diabaikan sehingga sering terjadi kasus dimana pasien sering merasa ditelantarkan.³⁶

Atribut yang terakhir adalah intergratif. Spiritualitas adalah sebuah dorongan yang memberikan arti dan petunjuk kepada seluruh aspek kehidupan. Spiritualitas tidak dapat dipisahkan dari aspek fisik, sosial, atau emosi dari individu. Perawatan spiritual yang integratif menganggap semua aspek keperawatan sama dengan bagaimana spiritualitas memberikan arti dan petunjuk pada seluruh aspek kehidupan. Perawat yang berkecimpung dalam keperawatan spiritual akan memperlakukan aspek perawatan fisik sama berhati-hatinya dengan bagaimana seseorang mencari makna kehidupannya. Untuk pasien, keperawatan spiritual seharusnya mendorong integrasi dari semua aspek kehidupan pasien melalui pencarian makna dan hikmah dari setiap masalah yang sedang.

Pada akhirnya tujuan dari perawatan spiritual yang telah terintegrasi adalah memfasilitasi hubungan dengan keluarga, orang lain, dan komunitas yang lebih besar³⁶

4) Nilai perawatan spiritual

Perawatan spiritual memiliki tiga nilai penting yang harus selalu dipahami oleh pemberi pelayanan kesehatan.^{16,34,37} Pertama, pemberi pelayanan kesehatan harus mengenali keunikan dari masing-masing individu dan semua informasi yang mereka butuhkan. Kedua, pemberi pelayanan kesehatan harus selalu melihat perawatan spritual sebagai satu bagian penting dari perawatan holistik yang ditawarkan kepada pasien. Nilai yang ketiga adalah perawatan yang selalu berfokus pada pasien dan mengijinkan pasien untuk menentukan aspek-aspek mana saja yang bisa diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

5) Sikap perawatan spiritual

Pada umumnya sikap perawat spiritual adalah selalu memiliki pandangan positif dan selalu menerima pasien seutuhnya, memiliki empati, serta memiliki ketulusan.^{16,34,38} Perawat spiritual harus selalu menunjukkan pandangan positif dan penerimaan yang baik ketika dia berusaha memahami dan menerima pasien. Ini berarti perawat harus selalu menghormati, menghargai, dan bahkan memberikan apresiasi kepada pasien dengan cara yang baik dan tidak menyinggung. Namun dengan menunjukkan pandangan

postif dan penerimaan yang baik tidak berarti perawat harus selalu menerima kebiasaan ataupun tindakan yang diberikan pada pasien, terlebih bila tindakan itu bisa memperburuk keadaan pasien.³⁸

Selain itu, pemberi pelayanan kesehatan harus memiliki empati. Empati sendiri dapat berarti sepenuhnya mendengarkan dan merasakan bersama dengan orang tersebut dan tidak hanya mendengarkan sebuah cerita yang belum tentu kebenarannya. Terdapat perbedaan antara hanya mendengarkan dengan mendengarkan dengan sungguh-sungguh. Empati yang sesungguhnya hanya bisa didapatkan dengan mendengarkan sepenuhnya cerita dari yang bersangkutan sehingga menjadi suatu pekerjaan yang sulit untuk dilakukan.³⁸

Perawat spiritual harus selalu menunjukkan ketulusan kepada pasien saat melakukan tindakan keperawatan. Perawat tersebut harus tulus dan ikhlas sehingga tidak hanya memainkan peran perawat karena keterpaksaan. Meskipun orang datang kepada perawat karena perannya sebagai perawat, mereka juga membutuhkan perawat untuk bisa melihat dan merasakan bersama apa yang sedang dirasakan dan juga membutuhkan perawat sebagai orang yang tulus membantu.³⁸

6) Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Spiritual

Menurut Tiew(34), terdapat 3 faktor yang mempengaruhi perawatan spiritual, yaitu *Personal factors*, *System factors*, dan *Patient and Public factors*.

a) *Personal Factors*

Spiritualitas selalu dianggap sebagai suatu masalah yang kompleks dan sangat dipengaruhi oleh pola asuh, kepercayaan, sikap, dan kepribadian dari seseorang.

b) *System Factors*

Terdapat 2 elemen penting yang mempengaruhi *System Factors* yaitu elemen fisik dan non fisik. Contoh dari elemen fisik adalah sumber daya, tenaga kerja, fasilitas, dan tingkat pendidikan. Elemen non fisik sendiri terkait dengan lingkungan psikologis, seperti rekan kerja dan budaya organisasi.

c) *Patient and Public Factors*

Patient and Public Factors mengacu pada perspektif spiritual, kesadaran spiritual, kondisi kesehatan, serta sistem pendukung pasien dan orang-orang sekitar mereka. Dalam hal ini, anggota keluarga pasien dimasukkan karena mereka dianggap mempengaruhi proses pemberian perawatan spiritual.

2. Persepsi

a. Definisi

Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang, kejadian dan hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.³⁹⁻⁴² Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi membantu manusia bertindak dan memahami dunia sekelilingnya, karena persepsi adalah mata rantai terakhir dalam suatu rangkaian peristiwa yang saling terkait. Namun, hasil persepsi tetap mengandung dua kemungkinan, yaitu benar dan salah. Persepsi dianggap benar jika ada kesesuaian antara apa yang dipahami (dipersepsikan) dengan stimulus atau objek sebenarnya. Persepsi salah apabila tidak ada sinkronitas antara keduanya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Miftah Toha⁴³, faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor internal: perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, dan motivasi.

- 2) Faktor eksternal: latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, pengulangan gerak, hal-hal baru dan familiar atau ketidak asingan suatu objek.

Faktor-faktor tersebut menjadikan persepsi individu berbeda satu sama lain dan akan berpengaruh pada individu dalam mempersepsi suatu objek, stimulus, meskipun objek tersebut benar-benar sama. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.

c. Proses Persepsi

Menurut Miftah Toha⁴³, proses terbentuknya persepsi didasari pada beberapa tahapan, yaitu:

1) Stimulus atau Rangsangan

Terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus/rangsangan yang hadir dari lingkungannya.

2) Registrasi

Dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan dan syarat seseorang berpengaruh melalui alat indera yang dimilikinya. Seseorang dapat

mendengarkan atau melihat informasi yang terkirim kepadanya, kemudian mendaftar semua informasi yang terkirim kepadanya tersebut.

3) Interpretasi

Interpretasi merupakan suatu aspek kognitif dari persepsi yang sangat penting yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi tersebut bergantung pada cara pendalaman, motivasi, dan kepribadian seseorang.

3. Penelitian Terkait

- a. Tiew, Creedy, dan Chan.¹⁶ *Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care.*

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2010 ini bertujuan untuk mengetahui persepsi mahasiswa keperawatan tentang spiritualitas dan perawatan spiritual. Metode yang digunakan yaitu dengan melakukan survey pada 1204 mahasiswa tingkat akhir dari tiga institusi yang berbeda di Singapura. Sedangkan hasil dari penelitian ini adalah 61,9% responden menganggap bahwa spiritualitas merupakan satu hal yang penting bagi individu untuk menjadi manusia seutuhnya. Selain itu spiritualitas diperlukan untuk mencapai kesejahteraan.

- b. Ross.⁴⁴ *Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study*

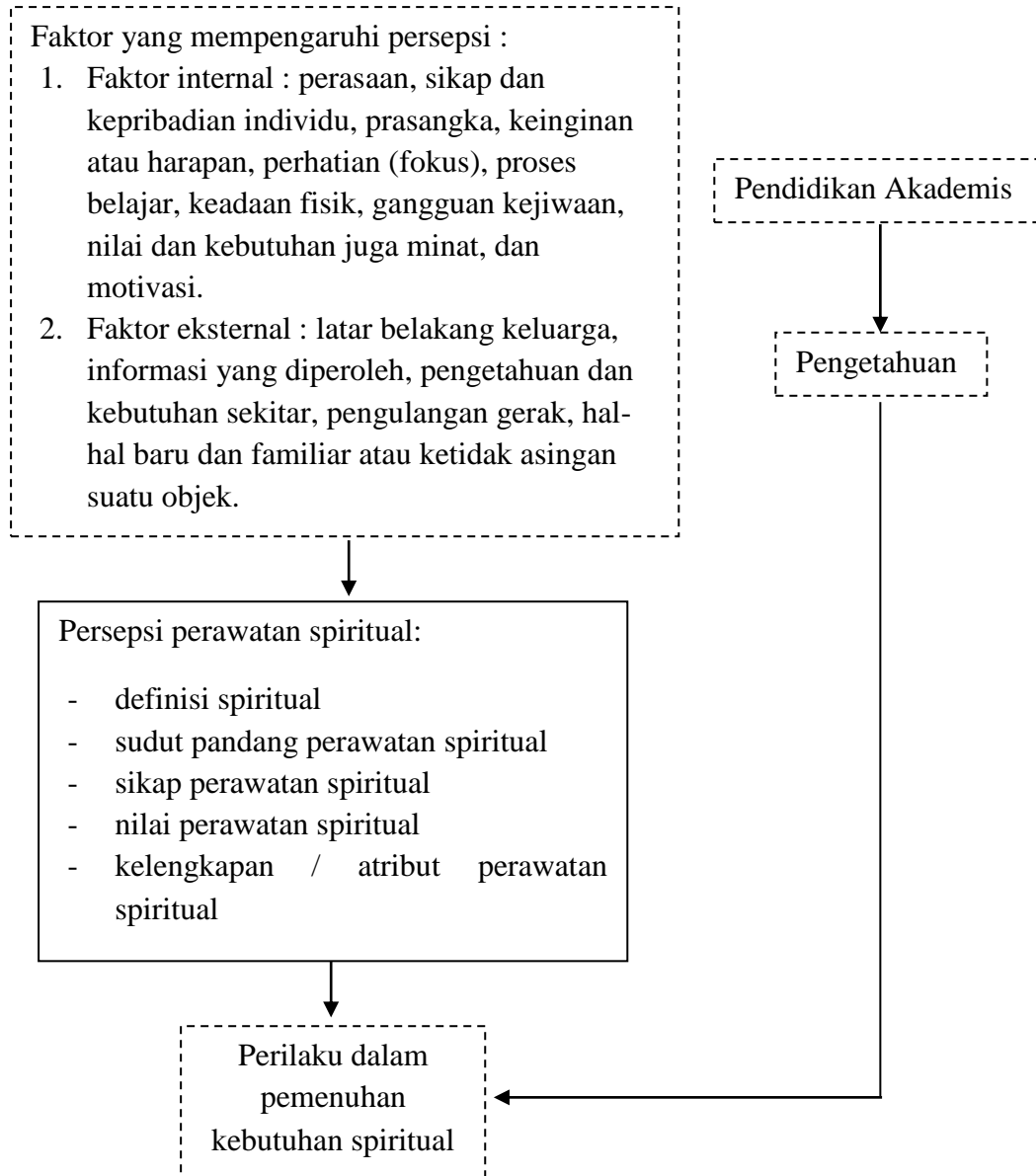
Penelitian yang dilakukan pada tahun 2010 ini bertujuan untuk menggambarkan persepsi perawat dan bidan di tingkat pendidikan

sarjana mengenai spiritualitas dan perawatan spiritual, kompetensi mereka dalam memberikan perawatan spiritual, dan untuk menguji metode dan kesesuaian tindakan yang akan digunakan dalam studi yang berskala multinasional. Metode yang digunakan yaitu dengan menyebar kuesioner kepada 618 perawat dan bidan di tingkat pendidikan sarjana dari 6 institusi pendidikan di Eropa. Sedangkan hasil yang didapat adalah 75,4% mahasiswa memiliki pandangan yang luas tentang spiritualitas dan perawatan spiritual. Selain itu ditemukan bahwa 80% mahasiswa menganggap dirinya lebih kompeten daripada mereka yang tidak mendapatkan pendidikan tentang perawatan spiritual.

- c. McSherry, Gretton, Draper, dan Watson.⁴⁵ *The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A survey of student nurses perceptions.*

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2005 ini bertujuan untuk mengetahui dasar etika dalam mengajar mahasiswa keperawatan mengenai konsep spiritualitas dan perawatan spiritual. Metode yang digunakan adalah menyebar kuesioner kepada 176 mahasiswa keperawatan di berbagai tingkat pendidikan. Sedangkan hasil yang didapat adalah 76,7% mahasiswa menganggap bahwa spiritualitas telah menjadi fenomena universal yang dapat dikaitkan dengan kehidupan.

B. Kerangka Teori



2.1 Kerangka Teori(13,14,16,19,34,46,47)

Keterangan:

↓ : pengaruh

⬜ : variabel yang tidak diteliti

← : hubungan kuat

⬜ : variabel yang diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan fokus penelitian yang diteliti, kerangka konsep ini terdiri dari variabel bebas (*independent variable*). Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

Persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual

- definisi spiritual
- sudut pandang perawatan spiritual
- sikap perawatan spiritual
- nilai perawatan spiritual
- kelengkapan / atribut perawatan spiritual

3.1 Kerangka Konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Menurut Sugiyono⁴⁸ penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan.

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah penelitian deskriptif dengan metode survei. Penelitian diskriptif sendiri merupakan salah satu jenis penelitian kuantitatif. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengangkat fakta, keadaan, variabel, dan fenomena yang terjadi selama penelitian berlangsung dan menyajikan apa adanya. Penelitian ini tidak melakukan tindakan ataupun pengontrolan perlakuan pada subjek penelitian.^{49,50} Penelitian survei sendiri adalah penelitian yang dilakukan pada populasi besar atau kecil, tetapi data yang dipelajari merupakan data dari sampel yang diambil dari populasi tersebut sehingga ditemukan kejadian-kejadian relatif, distribusi, dan hubungan-hubungan antarvariabel sosiologis dan psikologis.⁵⁰

Pada penelitian ini dipakai penelitian deskriptif karena ingin didapatkan deskripsi atau gambaran mengenai fenomena penelitian yaitu terkait gambaran persepsi mahasiswa keperawatan tentang spiritualitas dan perawatan spiritual.

C. Populasi Penelitian

Populasi dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti.^{49,51,52} Populasi penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan semester 8 di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo yang berjumlah 250 mahasiswa. Jumlah tersebut terdiri 110 mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan 140 mahasiswa STIKES Ngudi Waluyo.

D. Sampel Penelitian

Sampel adalah subunit populasi survei atau populasi survei itu sendiri, yang oleh peneliti dipandang mewakili populasi target. Dengan kata lain, sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih atas dasar kemampuan mewakilinya.^{49,51,52}

1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Adapun kriteria responden yang digunakan oleh peneliti adalah:

a. Kriteria Inklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari satu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.^{53,54} Kriteria Inklusi pada penelitian adalah :

- 1) Mahasiswa S1 yang pernah praktek klinik di rumah sakit minimal 3 bulan.
- 2) Mahasiswa S1 yang telah menyelesaikan mata kuliah yang memuat spiritualitas

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek dari penelitian karena tidak terpenuhi syarat sebagai sampel.^{53,54} Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Mahasiswa yang sedang melakukan penelitian ini.

2. Besar Sampel

Tidak ada suatu ketentuan baku dalam penentuan besar kecilnya sampel, namun penetapan jumlah sampel yang terlalu besar selalu lebih baik daripada kurang. Meski demikian, ada cara untuk memperoleh jumlah sampel minimal, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Tingkat kesalahan (0,05)

Sehingga bila jumlah populasi adalah 250, maka besar sampelnya adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{250}{1 + 250 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{250}{1 + 250 (0,0025)}$$

$$n = \frac{250}{1 + 0.65}$$

$$n = \frac{250}{1.65}$$

$$n = 151$$

Untuk mencegah adanya kekurangan sampel akibat *drop out*, maka jumlah tersebut diatas ditambahkan 10% dari total sampel (15 responden). Jadi, total sampelnya menjadi 166 mahasiswa. Sampel terdiri dari 72 mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro dan 94 mahasiswa STIKES Ngudi Waluyo.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *nonprobability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama dari setiap anggota populasi, yang bertujuan tidak untuk generalisasi, yang berasas pada probabilitas yang tidak sama.^{52,53,55} Pada penelitian ini, teknik pengambilannya dilakukan dengan cara *Consecutive sampling* yaitu teknik penentuan dengan cara mengambil semua subyek secara berurutan dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukan ke dalam penelitian sampai jumlah subyek terpenuhi.⁴⁹

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di kampus Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo pada 8-14 Juli 2015. Peneliti mengambil 2 institusi ini karena memiliki akreditasi yang sama, yaitu B. Dengan akreditasi yang sama, perbedaan kurikulum dan sistem yang dianut dapat diminimalisir sehingga data yang diambil bisa lebih valid.

F. Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

1. Variabel

Variabel dapat diartikan atribut dari subjek/objek yang akan diteliti yang bervariasi antara satu subjek/objek dengan yang lain⁵⁶⁻⁵⁸. Pada penelitian ini variabel yang diteliti adalah persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual.

2. Skala Pengukuran

Skala pengukuran merupakan kesepakatan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur, sehingga alat ukur tersebut jika digunakan akan menghasilkan data kuantitatif.⁵⁶⁻⁵⁸

3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan definisi dari variabel yang telah dipilih oleh peneliti.⁵⁶⁻⁵⁸ Definisi operasional dari variabel dalam penelitian ini dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
1.	Persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual	Gambaran dan tanggapan mahasiswa tentang perawatan spiritual	Kuesioner SCGS (<i>Spiritual Care Giving Scale</i>) yang terdiri dari 34 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i> yang terdiri dari 6 pertanyaan. Sangat tidak setuju = 1 Tidak setuju = 2 Kurang setuju = 3	Klasifikasi persepsi : Persepsi baik : \geq Mean (168,83) Persepsi kurang : $<$ Mean (168,83)	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
			Agak setuju = 4 Setuju = 5 Sangat setuju = 6		
	a. definisi spiritual	Keyakinan dalam hubungan dengan Tuhan	Kuesioner dengan 7 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	Semakin tinggi nilai mean menunjukkan persepsi mahasiswa keperawatan yang semakin baik	Rasio
	b. sudut pandang perawatan spiritual	Cara melihat perawatan spiritual dan bagaimana menyikapinya	Kuesioner dengan 7 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	Semakin tinggi nilai mean menunjukkan persepsi mahasiswa keperawatan yang semakin baik	Rasio
	c. sikap perawatan spiritual	Perilaku yang harus dimiliki ketika memberikan perawatan spiritual	Kuesioner dengan 6 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i> .	Semakin tinggi nilai mean menunjukkan persepsi mahasiswa keperawatan yang semakin baik	Rasio
	d. nilai perawatan spiritual	Patokan normatif dalam memberikan perawatan spiritual	Kuesioner dengan 5 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	Semakin tinggi nilai mean menunjukkan persepsi mahasiswa keperawatan yang semakin baik	Rasio
	e. kelengkapan / atribut perawatan spiritual	Faktor-faktor yang harus ada dalam perawatan spiritual	Kuesioner dengan 8 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	Semakin tinggi nilai mean menunjukkan persepsi mahasiswa keperawatan yang semakin baik	Rasio
2	Jenis kelamin	Penggolongan jenis kelamin	Kuesioner Data Demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
3	Suku	mahasiswa Suku asal mahasiswa	Kuesioner Data Demografi	1. Jawa 2. Sunda 3. Batak 4. Betawi 5. Manado 6. Minangkabau 7. Lainnya	Nominal
4	Agama	Agama yang dianut oleh mahasiswa	Kuesioner Data Demografi	1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Budha 6. Konghucu 7. Lainnya	Nominal

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen penelitian adalah pedoman tertulis tentang wawancara, atau pengamatan, atau daftar pertanyaan, yang dipersiapkan untuk mendapatkan informasi dari responden.⁵¹⁻⁵³ Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yaitu daftar pertanyaan yang telah disusun untuk memperoleh data sesuai dengan yang diinginkan peneliti.^{49,53}

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner SCGS (*Spiritual Care-Giving Scale*) yang disusun oleh Lay Hwa Tiew.⁽³⁴⁾ Kuesioner ini terdiri dari 33 pertanyaan yang terbagi menjadi 5 faktor, yaitu Atribut Perawatan Spiritual (Faktor 1), Sudut Pandang Spiritual (Faktor 2), Definisi Perawatan Spiritual (Faktor 3), Sikap Perawatan Spiritual (Faktor 4), dan Nilai Perawatan Spiritual (Faktor 5).

Pembagian pertanyaan sesuai dengan faktornya dapat terlihat di tabel berikut.

Tabel 3.2 Distribusi Pertanyaan

No	Faktor	Nomer pertanyaan
1	Atribut	22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 32
2	Sudut Pandang	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
3	Definisi	13, 14, 15, 16, 17, 18, 21
4	Sikap	19, 20, 25, 26, 28, 33
5	Nilai	8, 9, 10, 11, 12

SCGS menggunakan skala Likert^{59,60}, yaitu skala yang digunakan untuk mengukur tingkat persetujuan atau ketidaksetujuan responden terhadap serangkaian pernyataan yang mengukur suatu objek, dengan tanggapan mulai dari satu (sangat tidak setuju), dua (tidak setuju), tiga (kurang setuju), empat (agak setuju), lima (setuju), dan enam (sangat setuju).

2. Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel.⁶¹⁻⁶³ Validitas didefinisikan sebagai sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

Kuesioner SCGS telah teruji validitas dan reliabilitasnya namun dalam versi bahasa Inggris. Untuk nilai uji validitasnya yaitu 0,587, sehingga dapat dikatakan bahwa kuesioner ini valid. Pada penelitian ini

bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia sehingga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang. Uji validitas yang akan dilakukan adalah uji *face validity*, *content validity* dan *construct validity*.

Uji *face validity* adalah uji validitas yang menunjukkan apakah alat pengukur/instrumen penelitian dari segi rupanya nampak mengukur apa yang ingin diukur, validitas ini lebih mengacu pada bentuk dan penampilan instrumen. *Face validity* amat penting dalam pengukuran kemampuan individu seperti pengukuran kejujuran, kecerdasan, bakat dan keterampilan.⁶¹⁻⁶³ Uji *face validity* diawali dengan mengalih bahasakan kuesioner dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Kemudian hasil alih bahasa tersebut di terjemahkan kembali ke bahasa Inggris (*back translation*).⁶¹⁻⁶³ Proses alih bahasa dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia dilakukan oleh Asih Nurakhir, S.Pd sedangkan proses alih bahasa dari bahasa Indonesia ke bahasa Inggris atau *back translation* dilakukan oleh Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB.

Setelah itu dilakukan uji validitas tiap item pertanyaan menggunakan *content validity*. *Content validity* sendiri berkaitan dengan kemampuan suatu instrumen mengukur isi (konsep) yang harus diukur. Penentuan *content validity* terutama berkaitan dengan proses analisis logis sehingga membuat *content validity* sedikit berbeda dengan validitas rupa yang kurang menggunakan analisis logis yang sistematis. Uji *content validity* pada penelitian ini menggunakan *panel expert* yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dalam bidang spiritual dan

perawatan spiritual.⁵⁶⁻⁵⁸ Proses uji expert ini dilakukan oleh Suhartini, S.Kp.,MNS, Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS dan Ns. Ari Setiyajati, S.Kep., M.Kes.

Hasil uji *expert* oleh Suhartini, S.Kp.,MNS menghasilkan tidak ada pengurangan jumlah item dan tidak ada item yang perlu dimodifikasi. Untuk hasil uji *expert* oleh Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS menghasilkan 2 item pernyataan dihapus yaitu nomor 5 dan 17 serta 16 item yang dimodifikasi. Sedangkan hasil uji *expert* oleh Ns. Ari Setiyajati, S.Kep., M.Kes menghasilkan 2 item pernyataan dihapus yaitu nomor 5 dan 17 serta 4 item yang dimodifikasi. Ditahap uji *expert* masih terdapat 33 item yang ditetapkan (Lampiran 10).

Setelah dilakukan *face validity* dan *content validity*, maka selanjutnya dilakukan uji *construct validity*. *Construct validity* sendiri adalah validitas yang berkaitan dengan kesanggupan suatu alat ukur dalam mengukur pengertian suatu konsep yang diukurnya. Validasi konstruk (penentuan validitas konstruk) merupakan yang terluas cakupannya dibanding dengan validasi lainnya, karena melibatkan banyak prosedur termasuk *content validity*.⁵⁶⁻⁵⁸ Prosedur ini dilakukan dengan mengajukan kuesioner kepada 30 responden yang memiliki karakteristik mendekati sampel penelitian namun bukan merupakan sampel yang digunakan dalam penelitian. Kelompok sampel yang menjadi kelompok uji dalam penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan di STIKES Kusuma Husada. Hasil yang diperoleh

kemudian diuji menggunakan rumus *Pearson Product Moment* untuk mengukur korelasi antara variabel/ item pertanyaan dengan skor total variabel adalah sebagai berikut

$$r_{xy} = \frac{n(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{\{\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Dimana:

r_{xy} atau r_{hitung} : koefisien korelasi suatu butir/item

n : jumlah subyek

X : skor suatu butir/item

Y : skor total

Setelah dilakukan pengambilan data di STIKES Kusuma Husada, peneliti menggunakan program komputer untuk mendapatkan nilai *construct validity*. Selanjutnya analisa dapat dilakukan setelah hasil dari r_{hitung} diketahui. Suatu data dikatakan valid jika $r_{hitung} > r_{tabel}$, dan untuk jumlah responden 30, maka $r_{tabel} > 0,361$. Dan setelah dilakukan perhitungan, didapatkan data bahwa semua pertanyaan dinyatakan valid yaitu sebanyak 33 pertanyaan dengan r_{hitung} 0,411 – 0,801.

3. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner.⁶¹⁻⁶³ Uji reliabilitas dapat dilakukan secara bersama-sama terhadap seluruh butir pertanyaan untuk lebih dari satu variabel. Namun disarankan untuk menguji masing-masing variabel pada

lembar kerja yang berbeda sehingga dapat diketahui konstruk variabel mana yang tidak reliabel.⁶¹⁻⁶³

Pengujian reliabilitas terdapat dua cara, yaitu pengujian secara eksternal dan internal.⁵⁶⁻⁵⁸ Penelitian ini melakukan pengujian reliabilitas menggunakan pengujian secara internal. Konsistensi internal adalah sejauh mana tes atau prosedur menilai karakteristik keterampilan atau kualitas yang sama. Ini adalah ukuran presisi antara pengamat atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian. Jenis reliabilitas sering membantu peneliti menginterpretasikan data dan memprediksi nilai-nilai dan batas-batas hubungan antar variabel. Hasil analisis dapat digunakan untuk memprediksi reliabilitas instrumen.

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Spiritual Care-Giving Scale*, yang pernah diuji reliabilitas di *Singapore* pada tahun 2010¹⁶, dilakukan dengan menggunakan *cronbach alpha*. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *cronbach alpha* 0,96, yang menunjukkan bahwa data tersebut reliabel.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan uji reliabilitas pada kuesioner yang sudah dialih bahasakan kedalam bahasa Indonesia untuk memperoleh hasil yang reliabel.

Bila koefisien reliabilitas telah dihitung, maka untuk menentukan keeratan hubungan bisa digunakan kriteria Guilford⁶², yaitu:

Tabel 3.3 Nilai Reliabilitas

Hasil	Kriteria
0,80 – 1,00	Reliabilitas sangat tinggi
0,60 – 0,80	Reliabilitas tinggi
0,40 – 0,60	Reliabilitas sedang
0,20 – 0,40	Reliabilitas rendah

Untuk menghitung nilai *Cronbach's Alpha* digunakan rumus :

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

Keterangan :

α : Koefisien reliabilitas test

k : Cacah butir indikator

Si^2 : Varians skor butir

St^2 : Varians skor total

Setelah dilakukan uji reliabilitas di STIKES Kusuma Husada, dengan responden 30 mahasiswa maka didapatkan hasil bahwa kuesioner sangat reliabel untuk dijadikan alat ukur dengan nilai *Cronbach alpha* 0,750 dari 33 pertanyaan.

4. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian.⁵³ Sebelumnya peneliti membuat surat ijin penelitian yang diserahkan ke pihak akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo dan mengajukan *Ethical Clearance* ke Komisi

Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan UNDIP di RSUP Dr.Kariadi Semarang. Setelah mendapatkan ijin penelitian dan review dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK UNDIP di RSUP Dr.Kariadi Semarang,peneliti baru bisa melakukan proses pengambilan data.

Peneliti melakukan pendekatan pada calon responden untuk memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian. Peneliti kemudian meyakinkan kepada responden bahwa partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan responden akan terjaga, serta memberikan *informed consent* kepada calon responden untuk ditandatangani jika calon responden bersedia menjadi sampel penelitian. Pengumpulan data diambil secara langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner dibagikan ke responden dan diisi langsung sehingga didapatkan hasil secara langsung dari masing - masing kuesioner tersebut.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan melalui instrumen penelitian masih berupa data mentah yang perlu diolah supaya dapat digunakan dalam proses analisis berikutnya. Proses pengolahan ini terdiri beberapa tahap^{49,52}, yaitu:

a. Editing Data

Data yang telah dikumpulkan perlu diedit untuk memudahkan pengolahan data selanjutnya. Hal yang perlu diperhatikan dalam

mengedit adalah menjawabkah semua pertanyaan dengan lengkap, apakah catatan sudah jelas dan mudah dibaca, dan adakah coretan yang sudah diperbaiki.

b. Coding

Koding adalah usaha memberi kode-kode tertentu pada jawaban responden. Apabila yang digunakan adalah analisis kuantitatif, kode yang diberikan adalah angka. Jika angka tersebut berlaku sebagai skala pengukuran, angka itu disebut skor.⁵³

Hasil kuesioner yang telah dilakukan *coding* terkait gambaran persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual, yaitu meliputi data demografi. Untuk lebih lengkapnya bisa dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.4 Coding

Variabel	Hasil Penelitian	Coding
Jenis Kelamin	Laki - Laki	1
	Perempuan	2
Suku	Jawa	1
	Sunda	2
	Batak	3
	Betawi	4
	Manado	5
	Minangkabau	6
	Lainnya	7
Agama	Islam	1
	Kristen	2
	Katolik	3
	Hindu	4
	Budha	5

Konghuchu	6
Lainnya	7

c. *Scoring*

Scoring adalah memberikan skor pada jawaban yang telah diberikan responden pada lembar kuesioner dengan menggunakan metode skala *Likert*, yang terdiri dari pernyataan, jika sangat tidak setuju diberi skor 1, tidak setuju diberi skor 2, kurang setuju diberi skor 3, agak setuju diberi skor 4, setuju diberi skor 5 dan sangat setuju diberi skor 6.

d. *Entry Data atau Processing*

Entry data merupakan prosedur yang digunakan untuk memasukkan data ke dalam komputer untuk dianalisis lebih lanjut. Peneliti memasukkan data-data yang sudah dikategorikan kedalam program komputer atau “*software*” komputer, kemudian data tersebut dimasukkan sesuai dengan sub variabel.

e. *Tabulating*

Tabulating atau tabulasi adalah usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif. Biasanya pengolahan data seperti ini menggunakan tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang.

2. Analisis Data

Pada proses analisa data awal, peneliti menggolongkan, mengurutkan, dan menyederhanakan data. Tujuannya untuk menyederhanakan data kedalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan

diinterpretasi. Peneliti melakukan inferensi ini dalam usaha untuk mencari makna dan implikasi hasil-hasil penelitian tersebut.⁵³

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan analisis data deskriptif dengan menampilkan data dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis data deskriptif (analisis univariat) adalah analisa yang bertujuan untuk meringkas, mengklarifikasi dan menyajikan data agar mudah dipahami maknanya.⁽⁵³⁾ Pada analisis univariat, data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Data yang terkumpul selanjutnya diuji normalitas yang bertujuan untuk mengetahui apakah data tersebut sudah mewakili populasi atau belum.⁵³ Uji normalitas data pada penelitian ini akan menggunakan Kolmogorov-Smirnov karena sampel yang digunakan sebanyak 166 responden. Pada penelitian ini data terdistribusi normal, sehingga *cut point* pengkategorian persepsi tentang perawatan spiritual menggunakan nilai mean (lampiran 14).

Skor tiap kategori ditentukan setelah seluruh data penelitian diperoleh dengan pembagian rentang skor tiap kategori sebagai berikut:

- a. Persepsi mahasiswa baik : $X \geq \text{Mean (168,83)}$
- b. Persepsi mahasiswa kurang: $X < \text{Mean (168,83)}$

I. Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian dapat dibedakan menjadi tiga bagian^{49,53}, yaitu :

1. Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus. Dalam proses pengambilan data, peneliti menggunakan kuesioner tanpa melakukan tindakan khusus pada responden sehingga tidak ada penderitaan pada responden.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Dalam penelitian ini responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.

c. Resiko (*Risk*)

Peneliti harus berhati-hati dalam mempertimbangkan rasio kerugian dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan. Dalam penelitian ini, peneliti telah mempertimbangkan setiap resiko yang mungkin terjadi. Resiko yang mungkin terjadi adalah adanya kebocoran data. Peneliti berupaya meminimalisir resiko kebocoran data dengan hanya mencantumkan inisial dari responden, dan berhati-hati dalam menjaga kuesioner yang telah diisi.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien. Pada penelitian ini, peneliti tidak memaksa mahasiswa untuk menjadi sampel. Peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang penelitian ini lalu menawarkan apakah mahasiswa bersedia menjadi responden atau tidak. Apabila bersedia, responden akan menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek. Dalam penelitian ini, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang penelitian ini.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

a. Hak untuk mendapatkan tindakan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari

penelitian. Dalam hal ini, responden tidak ada yang mendapatkan perlakuan khusus.

b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) yakni dengan hanya menuliskan inisial dan rahasia (*confidentiality*). Dalam hal ini peneliti menjelaskan bahwa informasi yang telah diberikan tidak akan disebarluaskan dan di salah gunakan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagian besar responden penelitian berjenis kelamin perempuan, bersuku Jawa, dan beragama Islam
2. Sebagian besar responden memiliki persepsi yang kurang baik tentang perawatan spiritual. Sikap perawatan spiritual memiliki rata-rata mean paling rendah yang menunjukkan bahwa dimensi ini masih sering disalah persepsikan oleh mahasiswa keperawatan. Sudut pandang perawatan spiritual sendiri memiliki nilai mean paling tinggi yang menandakan bahwa mahasiswa keperawatan telah mempersepsikan dimensi ini dengan baik.

B. Saran

1. Mahasiswa Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan bagi mahasiswa untuk melakukan evaluasi terhadap kemampuan yang dimilikinya. Selain itu diharapkan mahasiswa selalu memiliki inisiatif untuk terus belajar mengenai perawatan spiritual terutama tentang sikap perawatan spiritual yang masih banyak dipersepsikan kurang baik oleh mahasiswa.

2. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan bertanggung jawab atas terbentuknya perawat yang berkompeten untuk memenuhi semua kebutuhan pasien termasuk kebutuhan spiritualnya. Oleh karena itu pembekalan materi, pelatihan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, pengenalan konsep dari perawatan spiritual secara terintegrasi terutama tentang sikap perawatan spiritual perlu diberikan sejak bangku kuliah. Selain itu perlu adanya dukungan dari tenaga profesional untuk mendemonstrasikan dan menjadikan perawatan spiritual sebagai salah satu konsep penting di dalam kurikulum keperawatan.

3. Penelitian Selanjutnya

Hasil yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat menjadi masukan dan acuan untuk penelitian selanjutnya. Selain itu akan lebih baik jika jumlah responden diperbanyak mengingat dalam penelitian ini hanya mengambil responden dari 2 institusi pendidikan sehingga hasil penelitian berikutnya bisa digeneralisasikan ke tingkat yang lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Salbiah. Konsep holistik dalam keperawatan melalui pendekatan model adaptasi sister callista roy. *J Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*. 2006;2(1):34–8.
2. Puspita I. Aplikasi asuhan keperawatan spiritual muslim. *J Keperawatan Univ Padjajaran*. 2009;11(Xx):60–9.
3. Azizatunnisa N, Suhartini. Pengetahuan dan keterampilan perawat dalam pelayanan keperawatan holistik di Indonesian holistic tourist hospital purwakarta Jawa Barat. *J Keperawatan Komunitas*. 2013;1(2):80–6.
4. Asmadi. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC; 2008.
5. Sulisno M. Pengetahuan perawat tentang konsep keperawatan holistik. *Nurs Stud*. 2012;1(1):157–62.
6. Oswald KD. Nurses perception of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2004;34:19–24.
7. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2007 Aug [cited 2014 Oct 24];44(6):999–1010. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000782>
8. Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK, Lee GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2006 Feb [cited 2014 Oct 24];26(2):139–50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069170500136X>
9. Azzam R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian asuhan spiritual oleh perawat di RS Islam Jakarta. Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2009.
10. Hamid AYS. *Bunga rampai asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC; 2009.
11. McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the emergency setting--an Irish perspective. *Int Emerg Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jul [cited 2014 Oct 21];18(3):119–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20542237>
12. Ellis MR, Thomlinson P, Gemmill C, Harris W. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *J Relig Health* [Internet].

2013 Dec [cited 2014 Oct 25];52(4):1306–18. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22311475>

13. Rosita FM, Utami RS. Gambaran kompetensi perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien di intensive care unit. *J Jur Keperawatan*. 2014;1(1):1–8.
14. Rankin EA, DeLashmutt MB. Finding spirituality and nursing presence : the student’s challenge. *J Holist Nurs*. 2006;24(4).
15. Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 2006;31(6):249–56.
16. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses’ perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Jun [cited 2014 Oct 25];33(6):574–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789873>
17. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Oct 24];13(6):499–505. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595313000231>
18. Msiska G, Smith P, Fawcett T. Exposing emotional labour experienced by nursing students during their clinical learning experience: A Malawian perspective. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 [cited 2014 Oct 30];1:43–50. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214139114000109>
19. Hart T, Ailoae C. Spiritual touchstones: Childhood spiritual experience in the development of influential historic and contemporary figures. *Imagination, Cogn Personal*. 2007;26(4):345–59.
20. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier B.V.; 2011 Nov [cited 2014 Oct 14];31(8):790–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21146259>
21. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jul [cited 2014 Nov 1];30(5):386–92. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434243>
22. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2013 Sep [cited 2014 Oct

24];33(9):1057–61. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712001104>

23. Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia. Panduan penyusunan kurikulum profesi keperawatan [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 27]. Available from: www.aipni-ainec.com
24. Hawari D. Dimensi religi dalam praktek psikiatri dan psikologi. Jakarta: FK UI; 2002.
25. Isaacs A. Mental health and psychiatric nursing lippincott's review series. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
26. Doe M, Walch M. 10 principles for spiritual parenting: encouraging and honoring your child's spiritual growth. New York: Harper Collins; 2010.
27. Wicaksono A. Pengkajian Prosa Fiksi. Jakarta: Garudhawaca; 2014.
28. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamental of nursing concepts, process, and practice (7th Canadian ed). New Jersey: Prentice Hall; 2004.
29. Hamid AYS. Buku ajar aspek spiritual dalam keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
30. Hawari D. Manajemen stress, cemas dan depresi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2001.
31. Carson. Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia: WB Saunders; 2002.
32. Young C, Koopsen C. Spirituality, health, and healing : An Integrative Approach. Canada: Jones and Bartlett; 2011.
33. Hitchcock JE, Schubert PE, Thomas SA. Community health nursing : caring in action. New York: Delmar Learning; 2003.
34. Tiew LH. Nursing students ' perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice. National University of Singapore; 2011.
35. VanKatwyk PL. Spiritual care and therapy:integrative perspectives. Canada: Wilfrid Laurier University Press; 2003.
36. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. J Holist Nurs. 2005;23(1):19–33.

37. Coyte ME, Gilbert P, Nichollas V. Spirituality, values and mental health. London: Jessica kingsley publisher; 2007.
38. Topper C. Spirituality in pastoral counseling and the community helping professions. New York: The haworth pastoral press; 2003.
39. Bono E. How to have a beautiful mind. Bandung: Mizan Pustaka; 2007.
40. Hude MD. Emosi : penjelajahan religio psikologis. Jakarta: Erlangga; 2006.
41. Wade C, Tavris C. Psikologi. Jakarta: Erlangga; 2008.
42. Gunarsa YSD. Asas-asas psikologi. Jakarta: BPK Gunung Mulia; 2002.
43. Thoha M. Kepemimpinan dalam manajemen. Jakarta: Raja Grafindo; 2003.
44. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. Nurse Educ Today [Internet]. 2014 May [cited 2014 Oct 5];34(5):697–702. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713003596>
45. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. Nurse Educ Today [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 Oct 24];28(8):1002–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691708000634>
46. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. Nurse Educ Today [Internet]. 2002 Feb [cited 2014 Nov 1];22(2):128–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11884193>
47. Tiew LH, Drury V. Singapore nursing students' perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice. J Holist Nurs. 2012;XX(X):1–10.
48. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&B. Bandung: Alfabeta; 2012.
49. Wasis. Pedoman riset praktis untuk profesi perawat. Jakarta: EGC; 2008.
50. Sarwono J. Pintar menulis karya ilmiah - kunci sukses dalam menulis ilmiah. Yogyakarta: Andi Offset; 2010.

51. Danim S. Riset keperawatan : Sejarah dan Metodologi. Jakarta: EGC; 2003.
52. Gulo W. Metodologi penelitian. Jakarta: Grasindo; 2008.
53. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
54. Swarjana IK. Metodologi penelitian kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset; 2012.
55. Brink PJ, Wood MJ. Langkah dasar dalam perencanaan riset keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
56. Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT. Dasar-dasar riset keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
57. Sekaran U. Metode riset bisnis. Jakarta: Salemba Empat; 2006.
58. Riwidikdo H. Statistik kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press; 2007.
59. Hermawan A. Penelitian bisnis : paradigma kuantitatif. Jakarta: Grasindo; 2006.
60. Istijanto. Riset sumber daya manusia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2006.
61. Umar H. Metode riset bisnis. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2003.
62. Gumilar I. Metode riset untuk bisnis & manajemen. Bandung: Utama Press; 2007.
63. Juliandi A, Irfan, Manurung S. Metodologi penelitian bisnis : konsep dan aplikasi. Medan: Umsu Press; 2014.
64. Setiadi. Konsep dan penulisan riset keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
65. Lin L, Wu L. Nursing theory and concept development or analysis: towards clarification of the meaning spirituality. J Nurs Res. 2011;19(4):250–6.
66. Supratman. Pendokumentasian asuhan keperawatan ditinjau dari beban kerja perawat. J Ilmu Keperawatan. 2009;2(1):7–12.
67. Jill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Nursing theory and concept development or analysis: towards

clarification of the meaning spirituality. *J Theory Soc Behav.* 2000;30(1):51–77.

68. Tanyi RA. Nursing theory and concept development or analysis: towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs.* 2001;39(5):500–9.
69. Conner NE, Eller SL. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. *J Adv Nurs.* 2004;46(6):624–32.
70. Amanda S, Siregar RH, Zahreni S. *Gambaran spiritualitas pada suku Jawa.* Universitas Sumatera Utara; 2014.
71. Mulyana. Spiritualisme Jawa : meraba dimensi dan pergulatan religiusitas orang Jawa. *J Pendidik Bhs Drh Fak Bhs Seni UNY.* 2006;1(2):1–33.
72. Hubbell SL, Woodard EK, Barksdale-Brown DJ, Parker JS. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18:379–85.
73. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nursing.* 2006;15(7):863–74.
74. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs.* 2004;13(8):934–41.
75. Pesut B, Reimar-Kirkham S. Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: a critical ethnography. *Int J Nurs Studies.* 2010;47:815–25.
76. Reimar-Kirkham S, Pesut B, Meyerhoff H, Sawatzky R. Spiritual caregiving at the juncture of religion, culture, and state. *Can J Nurs Res.* 2004;36(4):148–69.
77. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2008 Jul [cited 2014 Nov 1];28(5):550–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17950959>
78. Catanzaro AM, McMullen KA. Increasing nursing students' spiritual sensitivity. *Nurse Educ.* 2001;26(5):221–6.
79. Hoffert D, Henshaw C, Mvududu N. Enhancing the ability of nursing students to perform a spiritual assessment. *Nurse Educ.* 2007;32(2):66–72.

80. McSherry W, Smith J. How do children express their spiritual needs? *Pediatr Nurs*. 2007;19(3):17–20.
81. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nursing*. 2002;38(5):479–88.
82. Belcher A, Griffiths M. The spiritual care perspective and practice of hospice nurses. *J Hosp Palliat Nursing*. 2005;7(5):271–7.
83. Dugan BD, Kyle J a., Kyle CW, Birnie C, Wahba W. Integrating spirituality in patient care: preparing students for the challenges ahead. *Curr Pharm Teach Learn* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011 Oct [cited 2014 Nov 1];3(4):260–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877129711000670>
84. Herman CP. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(1):70–8.
85. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nursing*. 2006;15:811–21.
86. Pesut B, Thorne S. From private to public: negotiating professional and personal identities in spiritual care. *J Adv Nurs*. 2007;58(4):396–403.
87. Milligan S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. *Int J Palliat Nurs*. 2004;10(4):162–71.
88. Carr T. Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care. *Qual Health Res*. 2008;18(5):686–700.
89. Hood LE, Olson JK, Allen M. Learning to care for spiritual needs: connecting spiritually. *Qual Health Res*. 2007;17(9):1198–206.
90. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2008;18(8):1131–40.
91. Chism LA, Magnan MA. The relationship of nursing students' spiritual care perspectives to their expressions of spiritual empathy. *J Nurs Educ*. 2009;1–9.
92. McEwan W. Spirituality in nursing: what are the issues? *Orthop Nurs*. 2004;23(5):321–6.

93. Highfield MEF, Taylor EJ, Amenta MO. Preparation to care: The spiritual care education of oncology and hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. 2000;2(2):53–63.
94. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res*. 2001;23(1):90–104.

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Inisial :
Alamat :
Umur :
Jenis Kelamin : L/ P

Setelah mendapat penjelasan yang cukup dari peneliti dan memahami bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif/ buruk bagi saya dan dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, maka dengn ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Cahyo Yuwono
Institusi : Proqram Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Judul : Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang
Perawatan Spiritual
Dalam rangka : Skripsi

Adapun penelitian ini dilakukan di lingkungan PSIK FK UNDIP dan STIKES Ngudi Waluyo. Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan saadar tanpa paksaan dari pihak maupun saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Semarang, Juni 2015

(.....)

KUESIONER

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

Petunjuk Pengisian:

1. Jawab pertanyaan ini apa adanya dan sejujurnya
2. Beri tanda (\surd) dalam kotak yang tersedia untuk jawaban yang saudara pilih dan isi pertanyaan sesuai kenyataan yang ada.

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

☐

Laki-laki

☐

Perempuan

2. Umur: tahun

3. Suku

☐

Jawa

☐

Manado

☐

Sunda

☐

Minangkabau

☐

Batak

☐

Lainnya (sebutkan)

☐

Betawi

4. Agama

☐

Islam

☐

Budha

☐

Kristen

☐

Konghucu

☐

Katolik

☐

Lainnya (sebutkan)

☐

Hindu

Skala Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien

(L.H. Tiew et al, 2013)

Pada setiap pernyataan berikut ini, berilah tanda centang (✓) pada satu jawaban yang paling menggambarkan sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan tersebut.

STS (1) : Sangat Tidak Setuju

AS (4) : Agak Setuju

TS (2) : Tidak Setuju

S (5) : Setuju

KS (3) : Kurang Setuju

SS (6) : Sangat Setuju

No	Item	STS	TS	KS	AS	S	SS
1	Setiap orang memiliki aspek spiritualitas.						
2	Spiritualitas merupakan satu aspek penting pada diri manusia.						
3	Spiritualitas merupakan bagian dari sebuah kekuatan yang mampu membuat setiap individu merasakan kedamaian.						
4	Spiritualitas adalah ekspresi perasaan batin seseorang yang mempengaruhi perilakunya.						
5	Spiritualitas adalah tentang bagaimana menemukan makna dari peristiwa/kejadian yang baik dan buruk dalam kehidupan.						
6	Kesejahteraan spiritual sangat penting bagi kesejahteraan emosional seseorang.						
7	Spiritualitas mendorong setiap individu untuk mencari jawaban tentang makna dan tujuan hidup.						

Lampiran 12
Lembar Kuesioner Penelitian

8	Tanpa spiritualitas, seseorang tidak dianggap berada dalam kondisi yang utuh.						
9	Kebutuhan spiritual dapat dipenuhi dengan menghubungkan diri sendiri dengan orang lain, Tuhan atau alam semesta.						
10	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien merupakan komponen yang utuh dalam asuhan keperawatan holistik.						
11	Pemenuhan kebutuhan spiritual adalah lebih dari sekedar menjalankan ajaran agama.						
12	Asuhan keperawatan itu sendiri, bila dilakukan dengan baik, merupakan pemenuhan kebutuhan spiritual.						
13	Pemenuhan kebutuhan spiritual merupakan sebuah proses dan bukan merupakan suatu peristiwa atau kegiatan yang dilakukan satu kali.						
14	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dapat dilakukan dengan menghormati agama atau keyakinan individu pasien.						
15	Kepekaan dan intuisi membantu perawat dalam memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
16	Perawat memberikan asuhan kebutuhan spiritual pasien dengan menghormati keyakinan agama dan budaya pasien.						
17	Perawat memberikan asuhan kebutuhan spiritual pasien dengan memberikan pasien waktu untuk mendiskusikan dan mengeksplorasi ketakutan, kecemasan dan masalah mereka.						
18	Pemenuhan kebutuhan spiritual memungkinkan pasien menemukan makna						

Lampiran 12
Lembar Kuesioner Penelitian

	dan tujuan dalam penyakit yang mereka alami.						
19	Pemenuhan kebutuhan spiritual juga termasuk memberikan dukungan kepada pasien untuk menjalankan keyakinan agama mereka						
20	Saya merasa nyaman dalam memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
21	Perawat memberikan asuhan keperawatan spiritual dengan menghormati martabat pasien.						
22	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus mempertimbangkan pandangan / pemikiran pasien tentang spiritualitas.						
23	Perawat yang memiliki kesadaran spiritual mempunyai kemungkinan yang lebih untuk bisa memberikan asuhan keperawatan spiritual pada pasien.						
24	Pemenuhan kebutuhan spiritual membutuhkan kesadaran spiritualitas dalam diri seseorang.						
25	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus ditanamkan di seluruh program pendidikan keperawatan.						
26	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus ditekankan dengan baik dalam praktek keperawatan.						
27	Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien dapat meningkat / berkembang melalui pengalaman.						
28	Pemenuhan kebutuhan spiritual sangat penting karena memberikan harapan pada						

Lampiran 12
Lembar Kuesioner Penelitian

	pasien.						
29	Spiritualitas dipengaruhi oleh pengalaman hidup seseorang.						
30	Spiritualitas membantu seseorang saat menghadapi kesulitan dan masalah hidup.						
31	Pemenuhan kebutuhan spiritual mengharuskan perawat untuk berempati terhadap pasien.						
32	Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
33	Pendekatan secara tim sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						